

ETNO-OBSTETRICIAS HOSPITALARIAS MIXTAS: REDES CLÍNICAS DE TRANSICIÓN HACIA LA HUMANIZACIÓN ASISTENCIAL

ETHNO-OBSTETRICS COMBINATIONS IN HOSPITALS: CLINICAL
NETWORKS OF TRANSITION TOWARDS HEALTHCARE HUMANIZATION.

ETHNO-OBSTETRÍCIAS HOSPITALEIRO MIXED: REDES CLÍNICAS
DE TRANSIÇÃO PARA A HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE.

José Manuel Hernández Garre¹, Baldomero de Maya Sánchez², Paloma Echevarría Pérez³

1 Doctor en Antropología Social. Profesor Departamento de Ciencia Política, Antropología Social y Hacienda Pública de la Universidad de Murcia. <https://orcid.org/0000-0002-2507-3121>

jmhernandez@um.es

2 Doctor en Antropología Social. Profesor Departamento de Ciencia Política, Antropología Social y Hacienda Pública de la Universidad de Murcia. <https://orcid.org/0000-0002-8950-295X>

baldo@um.es

3 Ethno-obstetrícias hospitaleiro mixed: Redes clínicas de transição para a humanização em saúde. <https://orcid.org/0000-0002-2458-611X>
pechevarria@ucam.edu

Recibido: 16/07/2019

Aceptado: 20/06/2020

Para citar este artículo:

Hernández Garre, J. M., De Maya Sánchez, B. & Echevarría Pérez, P. (2020). Etno-obstetricias hospitalarias mixtas: Redes clínicas de transición hacia la humanización asistencial. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 24 (58).

Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.58.16>

ABSTRACT

Objective. This study analyzes the degree of implementation of the new humanist care guidelines for low risk childbirth at hospitals in Spain and their influence on the creation of new clinical care networks. **Methodology.** An ethnographic approach was used based on participant observation at a delivery room of the Spanish public healthcare system and on a series of semi structured interviews with mothers attended to at given center, resulting in eight hundred and seventy-four hours of observation and twenty mothers interviewed. **Results.** Results show a shift towards networks of clinics offering humanist driven childbirth assistance, a transformation taking place over a background of a still medicalized care dynamics. **Conclusions.** One can conclude that new mixed care networks are being generated halfway between interventionism and assistance humanization, such networks being still subject to the idiosyncrasies and philosophies of the different professionals involved, yet allowing to believe in an important step being taken towards a humanization that some may still regard as a transgression to the clinically established order.

KEY WORDS: Anthropology of reproduction; hospital birth; obstetric care; clinic nets; humanism care



RESUMEN

Objetivo. El estudio analiza el grado de implementación de las nuevas coordinadas asistenciales humanistas dadas para la asistencia de los partos hospitalarios de bajo riesgo en España y su influencia en la generación de nuevas redes clínicas de cuidado. **Metodología.** Se utilizó un enfoque etnográfico basado en la observación participante en un paritorio de un hospital del sistema sanitario estatal español, y en la realización de una serie de entrevistas semiestructuradas a madres atendidas en dicho centro, se acumularon ochocientas setenta y cuatro horas de observación y veinte entrevistas. **Resultados.** Los resultados muestran una metamorfosis hacia redes clínicas de asistencia del parto en clave humanista, transformación dibujada sobre el fondo de una dinámica asistencial todavía medicalizada. **Conclusiones.** Se puede concluir que se están generando nuevas redes asistenciales mixtas a medio camino entre el intervencionismo y la humanización asistencial. Redes sujetas aún a las idiosincrasias y filosofías de los diferentes profesionales, pero que suponen un importante paso hacia una humanización percibida todavía como una trasgresión al orden clínicamente establecido.

PALABRAS CLAVE: Antropología de la reproducción; parto hospitalario; cuidados obstétricos; redes clínicas; humanización asistencial

RESUMO

Objetivo. O estudo analisa o grau de implementação das novas coordenadas de assistência humanística dadas para a assistência de partos hospitalares de baixo risco em Espanha e sua influência na geração de novas redes de atendimento clínico. **Metodologia.** Utilizou-se uma abordagem etnográfica baseada na observação participante em uma enfermaria do sistema de saúde do Estado espanhol e, na realização de uma série de entrevistas semi-estruturadas com mães atendidas naquele centro, foram acumuladas oitocentas e setenta e quatro horas de observação e vinte entrevistas. **Resultados.** Os resultados mostram uma metamorfose para redes clínicas de assistência ao parto em uma chave humanista, uma transformação traçada sobre o pano de fundo de uma dinâmica assistencial ainda medicalizada. **Conclusões.** Pode-se concluir que novas redes de atenção mista estão sendo geradas a meio caminho entre o intervencionismo e o humanização da assistência. Redes ainda sujeitas às idiosincrasias e filosofias de diferentes profissionais, mas que representam um passo importante para um humanização ainda percebido como uma transgressão da ordem clinicamente estabelecida.

PALAVRAS-CHAVE: Antropologia da reprodução; parto hospitalar; assistência obstétrica; redes clínicas; humanização da assistência

INTRODUCCIÓN

El parto es un hecho orgánico interpretado en clave cultural, es una realidad representada, pensada y vivida de diferente forma según las diferentes ideologías, corrientes de pensamiento y bases antropológicas que lo alimentan. Se trata de un acontecimiento en el que se pone en evidencia la ambigüedad de la interacción entre biología y cultura (Ranisio, 1998), de un trance somático en el que se escenifican las diferentes culturas y formas de identidad que comparten los actores implicados en el proceso. Maneras y formas de representación social que han sido catalogadas con el apelativo de «etnoobstetricias» (McClain, 1975), y que recogen las diferentes praxis y redes clínicas teatralizadas en los contextos sociales. Estamos ante verdaderas culturas del parto, ante redes sociales en las que quedan materializadas las diferentes sensibilidades clínicas a la hora de abordar los alumbramientos en función de las experiencias previas (Sandberg et al., 2012). Ante auténticos paradigmas obstétricos que abarcan una diversidad de abordajes culturales que van desde las aproximaciones «tecnocráticas», hasta la «holístico-humanistas».

Las perspectivas «tecnocráticas» están centradas en la biología materna y son características de contextos hospitalario-intervencionistas en los que se trabaja según una concepción taylorista basada en la medicalización, tecnologización, mecanización, fragmentación del cuidado y el monopolio profesional (Stoller, 1974). Se trata de perspectivas asistenciales alimentadas por filosofías biopolíticas (Foucault, 2009) y posthumanistas donde las rutinas clínicas constituyen el centro del proceso, las interacciones profesionales son asimétricas y el espacio es diseñado para la comodidad de los sanitarios (Hernández y Echevarría, 2014; Hernández y de Maya, 2019). Desde estas perspectivas el parto no es concebido como un proceso continuo que alcanza su significación a través de las representaciones de las propias parturientas, sino como una especie de proceso asistencial mecanizado que responde a rígidas y protocolizadas dinámicas de acción.

El trabajo se diseña, pues, desde el punto de vista de los profesionales, adaptándose a los ritmos y modos que suponen la mayor comodidad para el desempeño de su actividad, mientras las necesidades de las madres son, en cierta medida, subyugadas a las rutinas que marcan los procesos institucionales. La experiencia materna queda, de esta manera, subordinada al ritmo marcado por las cadencias clínicas, la burocratización de los procesos y las mecánicas biotecnológicas, surgiendo ciertos conflictos asistenciales entre las necesidades de las madres y los ritmos de los profesionales (Hernández y Echevarría, 2016a). Mientras los técnicos ocupan el espacio desde la posición de poder que les da su cariz de expertos, las madres y sus acompañantes se convierten en una especie de habitantes de los “no lugares” (Augé, 2009), en el sentido de que, aunque están, solo se les tiene en cuenta en función de las rutinas clínicas que marca la cadena de producción de niños (Hernández, Echervarría y Gomariz, 2016b) (Fig. 1).

Figura 1. Red clínica característica del abordaje tecnocrático del parto



Fuente: Elaboración propia

En contraposición con estos planteamientos las cosmovisiones «holístico-humanistas» se centran en un abordaje biopsicosocial propio de contextos humanizados en los que, bajo una concepción holística, se prima la unidad mente, cuerpo y espíritu de las madres, desde la premisa de que la autoridad sobre temas de salud pertenece éstas (Davis-Floyd, 2001). Estamos ante perspectivas asistenciales basadas en filosofías humanistas, personalistas y naturistas, donde las madres constituyen el centro del proceso, las interacciones clínicas son simétricas y el espacio es diseñado para la comodidad de las madres y sus acompañantes.

A la luz de estas inferencias el parto no es concebido como un proceso mecanizado construido desde las visiones medicalizadas e institucionales de los clínicos, sino como un curso individual e intransferible que se encarna y cobra sentido desde la propia óptica de las madres. Estaríamos ante un trance que se presenta de forma diferente en cada mujer, en el sentido de que cada madre presenta todo un universo somático, psíquico y socio-cultural que inexcusablemente requiere de un holismo asistencial. Las relaciones deben ser simétricas entre los asistentes y las protagonistas, de manera que se fomente la colaboración de éstas durante todo el parto, respetando sus propios biorritmos naturales y expectativas, a la vez que se intenta dar cobertura a las necesidades individuales que emanan de su propia fisiología y mundo interior.

El nacimiento no es, por tanto, algo que se construye desde la ciencia biomédica, sino una realidad que emana de forma natural a través de todo un performance existencial que encuentra su estatus de posibilidad en el propio *modus vivendi* de las madres y sus acompañantes, mientras el clínico trata de satisfacer las demandas y garantizar los estándares de seguridad del proceso (Kitzinger, 2000,2004; Wagner, 2006) (Fig. 2).

Figura 2. Red clínica característica del abordaje holístico-humanista del parto



Fuente: Elaboración propia

Estamos ante representaciones sociales en continua pugna por la hegemonía ideológica, lid que se ha resuelto, al menos en los países en los que el parto se convirtió en objeto de férreo control estatal, en favor del enfoque tecnocrático-intervencionista, constituyéndose en la modalidad de parto más común, mayoritaria y legitimada socialmente (Jordan, 1993; Martin, 1987).

Pese a su hegemonía no faltan voces críticas que denuncian las limitaciones de este enfoque excesivamente medicalizado, y en esta línea la propia Organización Mundial de la Salud ha apuntado la necesidad de virar hacia enfoques más humanistas del parto que generen nuevas redes clínicas más respetuosas con la autonomía y necesidades maternas, garantizando a su vez la seguridad del proceso (OMS, 1985).

Las críticas al excesivo intervencionismo parten de una serie de investigaciones (Olsen, 1997; Campbell y Macfarlane, 1987; Tew, 1985,1990; Hernández, Echevarría y Sandoval, 2017) que han puesto en evidencia los efectos iatrogénicos del abordaje medicalizado, en los partos de bajo riesgo, frente a otros abordajes y redes clínicas más humanizadas y de baja intervención.

Desde estas investigaciones epidemiológicas no son pocos los que se han postulado desde una perspectiva crítica contra el enfoque tecnocrático, demandando una mayor humanización de los nacimientos hospitalarios (Donnison, 1977; Ehrenreich y English, 1978; Martin, 1987; Jordan, 1993; Kitzinger, 2006, Hernández, 2017), e incluso la desinstitucionalización de los mismos y su afrontamiento desde perspectivas más expectantes que respeten los ritmos naturales del parto (Odent, 1990, 2001, 2011; Kitzinger, 1979, 2000, 2004).

Impulsados por estas corrientes que apuestan por una perspectiva más humanizada del nacimiento, y siguiendo las recomendaciones de la OMS (1996), el estado español emitió, a partir del año 2007, una serie de guías clínicas (MSC, 2007; MSPS, 2010) que insisten en la necesidad de evitar la medicalización excesiva de los partos de bajo riesgo, racionalizando las tasas de cesáreas, los partos instrumentados y respetando los tiempos de duración del parto normal.

Se trata de un nuevo enfoque institucional que pretende vertebrar nuevas redes clínicas de transición desde los paradigmas tecnocráticos clásicos, hasta los nuevos parámetros asistenciales en clave holístico-humanista. Tránsito que se pretende etnografiar en el presente estudio, con el objetivo de analizar el grado de implementación de las nuevas coordenadas asistenciales humanistas y la forma en que éstas se materializan en nuevas redes clínicas en los hospitales.

El análisis se ha realizado desde un posicionamiento posmoderno que, desde una perspectiva crítica, reflexiona sobre las representaciones biomédicas hegemónicas y sus implicaciones en las experiencias ligadas a la maternidad. La forma en que las praxis superan el umbral puramente científico marcado por las realidades biológicas objetivas, para alimentarse por toda una serie de ideologías biopolíticas, productivistas y posthumanistas que dan prelación a la burocratización asistencial en detrimento de la humanización clínica.

En este sentido, pensamos que la mayor aportación del artículo está en monitorizar los posibles procesos de cambio y nuevas redes asistenciales que se puedan estar produciendo en los habitáculos de la procreación. Se trata de hacer una «antropología del cambio» que explore las posibles metamorfosis desde los paradigmas obstétricos intervencionistas hasta las nuevas coordenadas holístico-humanistas centradas en promover las posibilidades de cosmovisiones asistenciales impregnadas de globalidad asistencial.

De un enfoque analítico que trata de refrendar las continuas interacciones e hibridaciones que surgen entre las construcciones sociales del nacimiento y las diferentes redes clínicas edificadas para satisfacerlas. Reflejando, así, esa manida tensión entre naturaleza y cultura, entre las aproximaciones gnoseológicas en clave orgánica y las ideologías colectivas que tienden a moldearlo en función de las matrices culturales inmanentes que les dan forma. Transformaciones que se atisban mejor mientras los procesos de cambio cultural están en plena vigencia, mientras se encuentran en su punto más álgido de metamorfosis ideológica y material, como es el caso de nuestro fenómeno de estudio, el parto hospitalario.

En síntesis se pretende monitorizar hasta qué punto la implementación de nuevas estrategias de atención humanistas que incluyen las últimas guías de práctica clínica se han traducido en el desarrollo real de nuevas redes clínicas en clave humanista, o han quedado en el plano de la buena intencionalidad institucional pero al margen de las verdaderas praxis asistenciales de los profesionales que atienden el proceso en el ámbito hospitalario.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo que permitiera monitorizar los posibles cambios experimentados en los itinerarios y redes clínicas de los partos hospitalarios como consecuencia de la implementación de las últimas recomendaciones asistenciales en clave humanista. Por ello la exploración se inscribió en un proceso etnográfico de doce meses de duración (entre el mes de Junio del año 2016 y el mes de Mayo del año 2017) que permitiera obtener los datos estratégicos y las interpretaciones más coherentes, caracterizando con la mayor precisión posible las representaciones, experiencias y prácticas hegemónicas ligadas a los procesos del nacimiento. Se utilizaron dos técnicas de investigación ligadas al género etnográfico, la observación participante y las entrevistas, con el objetivo de complementar las observaciones con lo que las madres decían de sí mismas y de la realidad que les circundaba.

La observación se realizó tras recabar el consentimiento informado de los participantes y formando parte como espectador del equipo asistencial, lo que permitió mitigar las limitaciones referidas a la invisibilidad del observador (Sheper-Huges, 1993). Se partió de la premisa de que la observación es una técnica de obtención de datos científicos, que ofrece grandes ventajas al permitir al investigador estar presente en los ambientes y lugares donde acontecen los discursos y prácticas de los agentes sociales (Jorgensen, 1989; K. DeWalt y M. DeWalt, 2011).

La información se intentó recabar de modo sistemático y no intrusivo, partiendo de la asunción de un doble rol, el de observador y participante, ello se vio facilitado por la profesión de uno de los investigadores; matrona. El análisis se realizó en un centro hospitalario público del Sur de España cuya identidad se prefiere preservar por cuestiones de confidencialidad, acumulando un total de ochocientas sesenta y cuatro horas de observación.

El centro fue seleccionado por ser un centro cuyas estadísticas previas al año 2007, momento de implementación de la primera estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Salud y Consumo español, reflejaban un corte intervencionista, con un 30% de cesáreas y 25% de inducciones de promedio en los últimos diez años, frente al 10% y el 15% recomendado por la OMS (1996). El foco de interés se centró en la naturaleza de las praxis clínicas y en las características de las redes clínico-asistenciales, centrando la observación en las madres y en los diferentes profesionales que intervenían en el proceso: obstetras, matronas, anestesistas y auxiliares.

La exploración trató de discernir el grado de implementación de las nuevas recomendaciones clínicas humanísticas, explorando hasta qué punto se había producido un verdadero tránsito hacia redes clínicas menos medicalizadas e intervencionistas. Las observaciones pretendían, a su vez, captar la diferencia entre lo que decían las madres y lo que realmente estaba sucediendo, intentando mantener una máxima implicación en los escenarios de estudio, aunque sin abandonar por ello la perspectiva crítica (Taylor y Bogdan, 1984).

En cuanto a las entrevistas fueron semiestructuradas con un guion abierto que permitiera la producción de una conversación con una línea argumental no fragmentada, segmentada o precodificada. La selección de la muestra se hizo mediante un muestreo no probabilístico por cuotas incluyendo perfiles de informantes de diferentes edades, y niveles de estudios, en este sentido, como se puede observar en la Tabla 1, las edades estaban comprendidas entre los 22 y los 38 años, con niveles de estudios que pivotaban desde los estudios básicos y universitarios.

Tabla 1. Características de la muestra

Informante	Sexo	Sexo	Estudios
1	Mujer	23	Básicos
2	Mujer	28	Universitarios
3	Mujer	30	Medios
4	Mujer	34	Medios
5	Mujer	38	Universitarios
6	Mujer	32	Universitarios
7	Mujer	24	Medios
8	Mujer	31	Medios
9	Mujer	34	Universitarios
10	Mujer	35	Universitarios
11	Mujer	28	Universitarios
12	Mujer	22	Básicos
13	Mujer	29	Universitarios
14	Mujer	33	Universitarios
15	Mujer	36	Universitarios
16	Mujer	29	Medios
17	Mujer		
18	Mujer		
19	Mujer		
20	Mujer		

Para dar validez interna a la muestra se utilizó el principio de intersubjetividad, buscando una elevada saturación del discurso que en el caso del estudio se produjo al llegar a los doscientos ochenta minutos de discurso, con un total de 20 participantes. Las entrevistas se realizaron en la sala de lactancia de la planta de maternidad del hospital, entre el segundo y tercer día posparto y de forma individual.

La heterogeneidad de las gestantes, y la multiplicidad de factores vivenciales y biográficos, ajenos a la naturaleza de la investigación, determinó la necesidad de homogenizar la muestra en base a los intereses del estudio, intentando así eliminar factores confusores que pudieran recoger experiencias ajenas a la naturaleza de la investigación. En este sentido, en los criterios de selección se tuvieron en cuenta factores como las edades extremas, las perspectivas culturales diversas, las relaciones inestables, las patologías gestacionales, los embarazos no deseados o las experiencias negativas previas, elementos que según la literatura y las diferentes sociedades científicas (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2008) podían distorsionar la experiencia influyendo negativamente en la percepción o aceptación del parto, en la generación de discrepancias vivenciales de carácter étnico o en su catalogación como procesos de especial riesgo.

Con respecto al análisis se realizó en base a las siguientes categorías de estudio: tipo de interacción con los profesionales, información y apoyo emocional recibido, uso de tecnología durante el proceso y respeto a la dignidad de las madres. Para su interpretación se intentó introducir un orden en el mismo: lectura intensiva, toma de notas, análisis e interpretación, listados, primer epígrafe del informe, codificación, agrupación y categorías temáticas, intentando analizar la eficacia simbólica de los alegatos en los contextos en los que se producen (Legard, Keegan y Ward, 2003; H. Rubin y I. Rubin, 2011).

Las entrevistas pretendieron vislumbrar las diferentes experiencias ligadas a los procesos de transición de los paradigmas asistenciales preexistentes, dibujando las perspectivas de las propias madres sobre el fondo de las dinámicas de hegemonía/subalternidad de las diferentes redes y enfoques clínicos.

Los resultados no pretenden ser categóricos, ni extrapolables a todos los contextos, sino reflejar las transiciones ideológicas y nuevas redes clínicas que se están produciendo en el paritorio del contexto de estudio desde que se han incorporado las nuevas guías clínicas en clave humanística. Cabe destacar también que las relaciones durante la investigación nunca son totalmente simétricas ni neutras, sino que responden a los posicionamientos de los implicados en el estudio, entre ellos los del investigador.

También cabe destacar la dificultad de abordar el fenómeno de estudio a través de una «individualidad tipo» (Mauss, 1966), o informante representativo, que aunque refleje los discursos hegemónicos de su contexto social, también presenta cierto grado de libertad aleatoria.

Peso a ello pensamos que se ha conseguido recoger, con ciertas garantías, las experiencias y redes clínicas más comunes ligadas a los procesos de cambio de los paradigmas del parto inmanentes a los hospitales del contexto de estudio. En este sentido hay que hacer notar que se siguieron las recomendaciones éticas dadas por el comité de ética del centro de estudio preservando en todo momento la confidencialidad de las participantes.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Rituales de cambio. La irrupción de las etno-obstetricias hospitalarias mixtas

Lo primero que llama la atención cuando se observan las redes clínicas y modos de proceder del paritorio de estudio es el proceso de metamorfosis que se está produciendo hacia coordenadas asistenciales humanistas menos medicalizadas. Configuraciones que en este trabajo se han catalogado con el sobrenombre de «etnoobstetricias hospitalarias mixtas», y que suponen redes clínicas de transición entre los paradigmas tecnocráticos clásicos en clave orgánica, propios de las perspectivas alopáticas, y los humanístico-holísticos, característicos de las nuevas aproximaciones naturistas (Davis-Floyd, 2001).

Redes que vistas de cerca, y sobre la base de los discursos de riesgo propios de la medicina, parecen gráciles formas de trasgresión a la ortodoxia asistencial intervencionista preexistente, que son toleradas siempre que sean minoritarias y no pongan en peligro el orden social y clínico inmanente. Se trata de redes nómadas, de estrategias de resistencia al proceder asistencial hegemónico que permiten evidenciar las relaciones de poder institucionales, sus puntos de aplicación y las estrategias de las que se valen. Estaríamos ante un primordio de pseudohumanización construido sobre la base de una red asistencial sostenida aún por las antiguas nociones medicalizadas, nociones aprioristas sobre la supuesta científicidad e infalibilidad de todas las actuaciones biomédicas (Latour, 1995; Haraway, 1995).

En este sentido, persisten muchas de las características reflejadas en la literatura sobre el paradigma tecnocrático y medicalizado de asistencia al parto (Stoller, 1974; Ehrenreich y English, 1978; Knibiehler y Fouquet, 1983; Martín, 1987; Juan, 1991; Jordan, 1993; Kitzinger, 2006; Wagner, 2006; Hernández Garre y Echevarría, 2015; Hernández Garre, Echevarría y Sandoval, 2016c). Características como la propensión a representarlo únicamente en base a los cambios fisiológicos acontecidos en los órganos reproductores, minusvalorando, así, otras realidades, como las necesidades emocionales o psicológicas, que sólo serán atendidas si la presión asistencial o las necesidades burocráticas lo permiten.

Llama, así, la atención cómo la prestación directa de cuidados es diferida en función de tareas administrativas como la cumplimentación de registros clínicos u otras labores de carácter institucional, y aunque se constata una mayor flexibilidad en aspectos como el acompañamiento de los familiares, éste todavía sigue produciéndose en función de las rutinas asistenciales o de las diferentes perspectivas, idiosincrasias y sensibilidades de los profesionales implicados en el proceso. Se observa, pues, cierta asimetría en la relación asistencial con las madres, relación que como decíamos sigue fundamentándose en la biometría, en la obsesión y encarnación tecnológica (Duden, 1993).

De otra parte, se verifica una mayor flexibilización y dilatación en la asignación de tiempos, persistiendo, pese a ello, cierta lógica taylorista por las que los cuerpos maternos tienen que ajustarse a los períodos de parto establecidos. (Martin, 1987). Los cuerpos maternos han de adaptarse al ferreo control de los tiempos, en el sentido de que a cada fase –dilatación, expulsivo, puerperio- se le asignan unos períodos que han de verificarse inexpugnablemente en los organismos grávidos, interpretándose la dilatación de los mismos como un signo de riesgo que obliga a la intervención tecnológica. Se rubrica, también, una mayor libertad en cuanto a la deambulación de las madres, aunque ésta se produzca desde una ubicación espacial desigual en la que los clínicos permanecen en su espacio de natural, el hospital, mientras las madres transitan acompañadas por celadores en actitud pasiva (Pizzini, 1989).

En este sentido se constata como los clínicos ocupan el espacio desde la posición de poder que le da su estatus del saber, mientras las madres y sus acompañantes se muestran como si estuvieran ocupando un espacio ajeno, como si fueran un especie de habitantes de los “no lugares” que están allí solo en función de las rutinas clínicas que sobre sus cuerpos se han de realizar (Hernández, Echevarría y Gomariz, 2016b), abandonado los espacios clínicos rituales en el mismo momento que estas actividades burocráticas y biomecanizadas han concluido. En cuanto a las posturas durante el nacimiento, surgen nuevas alternativas como el parto en vertical, en posición de cuadrupedia, genupectoral o en decúbito lateral o supino, predominando, aún así, la posición clásica de litotomía, garante de la intervención y comodidad de los clínicos (Wagner, 2006).

Es más, parece existir cierto recelo cuando la salida del bebé se verifica en estáticas alternativas a la de litotomía, teniendo que recurrir los profesionales que las realizan a justificaciones, o a ciertas maniobras de ocultismo, como cerrar las puertas de las dilataciones, en lo que parece un claro intento por disminuir el grado de fiscalización colectiva de sus praxis contrasistema. Parece como si todo lo que se opusiera al orden clínico anterior, basado en la rutinización de los procesos desde la óptica intervencionista, tuviera que abrirse camino al margen de las dinámicas socialmente establecidas.

En esta misma línea, las técnicas analgésicas disyuntivas a la epidural, como la psicoprofilaxis obstétrica, la utilización de tens o las inyecciones de agua destilada, son muy minoritarias, y cuando son utilizadas se parte de un escepticismo a priori que minusvalora su posible utilidad. Todo aquello que no esté fundamentado en el suministro de compuestos anestésicos o analgésicos, como la utilización de sedaciones o la misma epidural, se percibe o bien como una pérdida de tiempo o como algo opuesto a un sentido común clínico preestablecido que tiende a minusvalorar cualquier actuación antiálgica que no esté basada en el uso de la industria farmacéutica.

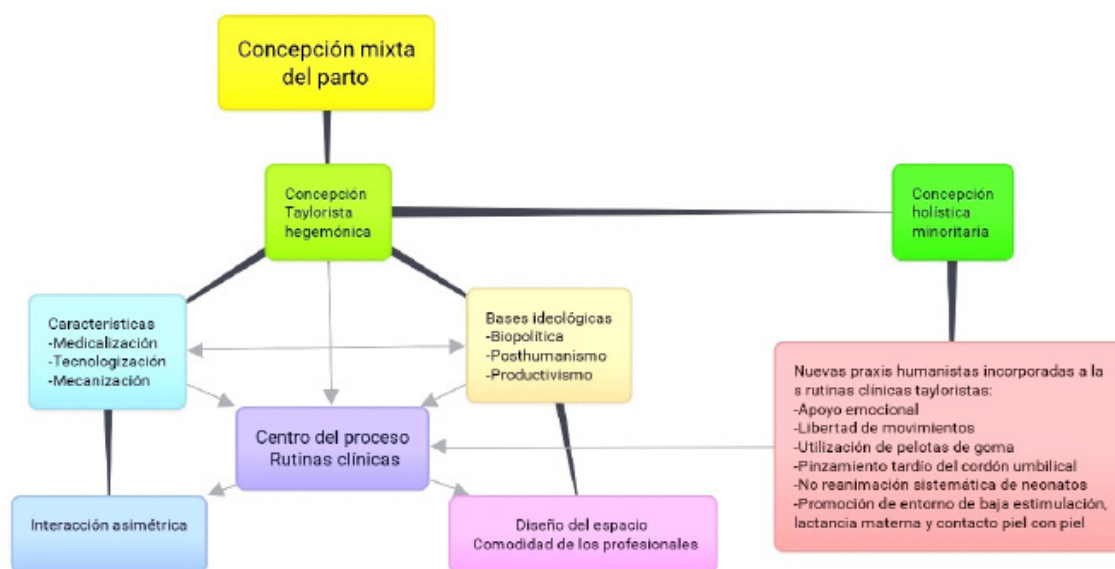
Pese a todo lo apuntado hasta ahora se deja notar una lenta transición hacia praxis y redes clínicas de corte humanista, incorporadas, eso sí, sobre la base del itinerario clínico estándar. Estaríamos ante ciertas anomalías, ante actuaciones puntuales que resignifican a las madres en su estatus de sujeto social, reintegrándolas en su dignidad ontológica (Habermans, 2003).

Destaca, en este sentido, la eliminación de rutinas cosificadoras como la utilización sistemática de enemas de limpieza rectal, de oxitocina, de episiotomía o de rotura de bolsa amniótica. Praxis que formaban parte de las redes clínicas previas y que dificultaban la individualización de la asistencia al someter a las madres a una perspectiva protocolizada y medicalizada que no respetaba los ritmos naturales del parto. Ello ha supuesto una reducción del número de intervenciones y el aumento del protagonismo de las mujeres, a la vez que se consideran otras dimensiones asistenciales como las afectivas, psicológicas o sociales (Chalmers, Mangiaterra y Porter, 2001).

Pese a ello aún persiste la rutina de la inducción de parto como una práctica habitual, auspiciada bajo el paraguas de toda una serie de indicaciones clínicas que cada vez es más prolífica, seguramente porque las madres y sus bebés están sometidas a un mayor control biotecnológico –analíticas, ecografías, doppler fetal, screening de aneuploidías, monitorizaciones cario-fetales etc.- que implica su adaptación a un número cada vez mayor de ítems biológicos cuyo cumplimiento se hace lógicamente más difícil. También se observa una actitud materna cada vez más proactiva, en el sentido de que reclaman un mayor protagonismo en el proceso que parte de cierto empoderamiento desde una mayor asignación de poder a sus propias sensaciones durante el proceso, pese a ello todavía persiste también cierta encarnación tecnológica (Duden, 1993), en el sentido de que la experiencia se sigue construyendo en parte desde las imágenes y coordenadas aportadas por la tecnología.

Asimismo se observa una paulatina incorporación en las nuevas redes clínicas de un conjunto de prácticas, todavía en proceso de consolidación, como el apoyo emocional efectivo, la utilización de pelotas de goma, los masajes, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la no reanimación sistemática de los neonatos y la promoción de aspectos como la lactancia materna, el contacto piel con piel o un entorno de baja estimulación caracterizado por la ausencia de ruido o la luz tenue (Fig. 3).

Figura 3. Red clínica característica de las etno-obstetricias hospitalarias mixtas



Fuente: Elaboración propia

Se trata de praxis que intentan restituir a las madres en protagonistas del proceso, respetando ciertas garantías maternas como la intimidad y autonomía. Praxis que las madres reciben como auténticos oasis humanizadores en un proceso clínico que todavía adolece de excesiva burocratización y mecanización asistencial. Tras el parto se observa también un mayor interés por promocionar el vínculo materno-fetal, que ha empezado a ser entendido como un derecho de las madres, a la vez que se permite una mayor expresividad emocional tanto en las madres como en sus acompañantes.

En esta línea tanto el contacto piel con piel como el fomento de la lactancia materna se han introducido como prácticas habituales que se implantan en casi todos los partos, salvo en casos de nacimientos complicados en los que sospeche un posible sufrimiento fetal. De esta manera se suele poner a los niños en contacto con las madres desde el mismo momento del nacimiento y durante las dos horas en las que las madres permanecen en el paritorio tras el parto, e incluso en algunas ocasiones se mantiene este contacto durante las primeras horas tras ser las madres trasladadas a la planta de maternidad.

En cuanto a lactancia materna se procede de forma rutinaria al inicio precoz en el propio paritorio, en el que se realiza un primer asesoramiento a la vez que se le ayuda a que el bebé inicie la mecánica de amamantamiento. Pese a ello todavía se observan ciertas reticencias a mantener al bebé sin vestir en contacto con la madre, e incluso la instauración de la lactancia materna está, a veces, sujeta a las propias idiosincrasias e ideologías de los propios sanitarios que pivotan entre el desinterés que manifiestan algunos, y el excesivo celo de otros. En este sentido se observa cierta frustración en algunas madres que interpretan las dificultades surgidas durante la primera mamada de sus bebés como un fracaso, quizás un poco presionadas por un ambiente clínico que ha convertido esta práctica en un ítem de calidad y excelencia de la atención (Hernández, Echevarría y Gomariz, 2016d).

En síntesis aunque existen claro-oscuros en la implantación de las nuevas recomendaciones asistenciales humanistas, se observa un primordio de ciertas praxis que van en esta corriente, y que incluyen todo un abanico de nuevas rutinas como el apoyo emocional, la utilización de pelotas de goma, los masajes, el uso de técnicas analgésicas no farmacológicas, el pinzamiento tardío del cordón umbilical, la promoción de la lactancia materna, el contacto piel con piel o un entorno de baja estimulación.

Se trata de planteamientos que parten de la asunción de que el nacimiento es un proceso natural ocurrido gracias a la propia naturaleza materna, interfiriendo las rutinas clínicas no justificadas en la fisiología normal del proceso (Odent, 1990). Estaríamos ante una serie de praxis recomendadas por la propia Organización Mundial de la Salud (1985, 1996) y los diferentes organismos estatales (MSC, 2007; MSPS, 2010), pero que en España todavía son paradójicamente dificultadas por las redes clínicas medicalizadas preexistentes, constituyéndose todavía en la práctica en un conjunto de actividades y formas culturales que se resisten a la creciente medicalización y a las redes culturales hegemónicas (Good, 1994), pero que ya atisban el desarrollo de unos itinerarios clínicos impregnados de holísmo asistencial.

Experiencias híbridas. Nómadas en busca de la humanización

Los relatos de las madres hablan de experiencias híbridas, de aproximaciones asistenciales en clave humanista dibujadas sobre el fondo de interacciones clínicas asimétricas. Se trata de contrastes asistenciales, de praxis aleatorias sometidas al azar de las idiosincrasias profesionales:

“Tenía que haber una atención más equilibrada, hay gente que se pasa de amable: «va todo bien, cómo está», y a los dos minutos otra vez, que la verdad que eso no es pasarse, que eso es buena atención, y otros que llegan y no te dicen ni hola, se nota mucho la diferencia” (xxφ).

Se dejan ver disímiles formas clínicas de representar el parto, unas basadas en el control biotecnológico, en una especie de atomismo asistencial que da absoluta prelación a los procesos fisiológicos sobre cualquier otra realidad, otros abiertos a otra serie de necesidades psicológicas y emocionales que intentan integrar a la experiencia materna como un elemento capital del proceso.

Surgen, así, los testimonios contrapuestos, los excesos de la biometría, los «tic» de unas redes clínicas excesivamente centradas en la biología, en el control de los tiempos de parto. Realidades que contrastan radicalmente con las experiencias en clave humanista, con las redes asistenciales significativas que sobrepasan el umbral de la relación puramente técnica:

“Al margen de su trabajo no decía nada, ella venía y me decía que venga que aligerara, y que empujara, y te veías un poco forzada, si es que no puedo hacer más de lo que hago” (xxμ); “Estábamos hablando continuamente, a parte del trato asistencial sanitario (...) estábamos bien, estábamos bien atendidos, nos sentíamos bien” (xxβ).

Se trata de procesos relacionales opuestos, desde los que se tiende a cosificar a las madres o a resignificarlas en su rol de sujeto social: “Te hablaban, no sólo del parto, te pueden sacar una conversación para despejarte un poco, que no estés ahí tan metido en el sufrimiento, y que se implican, te preguntan sobre ti, vamos te daban conversación” (xxθ).

En este sentido las madres muestran una gran satisfacción cuando se las reinstituye en su condición de sujeto, cuando se las trata desde una perspectiva que, más allá del rol de parturienta objeto-pasivo sobre la que intervenir, se enriquece con una restitución en su condición de persona que se abre camino en el espacio clínico al margen de sus procesos somáticos. Los testimonios muestran unánimemente la importancia de una relación al margen de las rutinas clínicas, de un abordaje más centrado en las necesidades emocionales que acontecen durante el desarrollo de un proceso que esperan con grandes expectativas, pero con cierto miedo ante el aura de incertidumbre que cubre el trance.

Perspectivas humanistas desde las que se respetan las peculiaridades y puntos de partida de cada madre (Lazarus, 1998), desde las que se contemplan los elementos terapéuticos de los propios testimonios maternos (Benner, Tanner y Chelsa, 1997). Cosmovisiones dibujadas sobre las paradojas de una relación clínica basada en el mestizaje de redes clínicas, en los claro-oscuros de una interacción desigual donde abundan testimonios mixtos:

“Los sanitarios haciendo su trabajo, mirando el monitor y los resultados, pero no les salía ni palabra” (xxζ); “En todo momento hemos estado atendidos, nos iban explicando lo que iba pasando, como íbamos dilatando, nos daban información en todo momento” (xxθ).

Se observa aquí la prelación que se le da al control biotecnológico del proceso, el obsesivo seguimiento de las analíticas, de los monitores de registro cardíofetal que son los que marcan la realidad clínica de lo que allí está aconteciendo, hasta el punto de coartar el proceso comunicativo con las madres hasta un grado que puede llegar en ciertas ocasiones al mutismo. Se trata de la asunción de cierta perspectiva posthumanista desde la que la tecnología, el control de los monitores, cobra mayor protagonismo que las vivencias maternas, que la propia experiencia materna que parece subordinada a la dictadura marcada por los artefactos.

De la sutil aplicación de cierta ideología que pretende superar las limitaciones constitucionales de lo orgánico, de una biología materna que pretende ser superada a través del uso de la tecnología (Ballesteros, 2007; Hernández et al., 2016e).

“Tic” asistenciales que se contraponen con la actitud personalista que muestran algunos asistentes en una especie de restitución de las necesidades vivenciales del proceso. En un posicionamiento ontológico personalista que tiene como colorario conceptual la defensa de la dignidad de la persona en cuanto a su estatus de fin en sí mismo que no puede ser considerado como un medio para otros fines en ninguna de sus representaciones (Kant, 1992; Habermans, 2003).

Destacan pues las fluctuaciones y asimetrías, las oscilaciones que acaban convirtiéndose en norma, en el asidero común desde el que se genera el principio de incertidumbre que parece vertebrar la relación asistencial. En este sentido predominan las incongruencias de las diferentes atenciones, incoherencias que dejan ver las irregularidades de un conjunto de redes clínicas heterogéneas:

“A mí no me respetaron, a mí me reconocieron al mismo tiempo tres personas, que no sabía ni quién eran porque no llevaban identificación, a mí me reconoció un montón de gente” (xxy); “La verdad es que me tapaban en todo momento con la sabana, como para no verme, que eran ellos quienes realmente me tenían que ver, yo noté como que tenían mucho cuidado conmigo”(xxξ).

Se dejan ver las distintas actitudes de las que subyacen las representaciones de fondo que las dominan, unas en clave de útero-gestante que ha de traer al mundo a un niño, en términos de cuerpo sobre el que intervenir, representaciones desde las que la intimidad de las madres en cuanto a sujeto social receptáculo de dignidad no son contempladas, al constituirse las madres en el objeto de intervención pasivo de todo un proceso asistencial marcado por la deshumanización de los procesos ligados a la maternidad (Hernández, 2009). De otra parte las actitudes personalistas antes aducidas, grafías conceptuales desde las que tras los objetos corporales, diana de las intervenciones biomédicas, se hallan sujetos sociales cuya dignidad en cuanto individuo de derechos es inalienable.

Estamos ante perspectivas disímiles, ante actitudes que instrumentalizan o respetan, ante praxis de las que depende en parte la dignidad de las madres durante los rituales clínicos:

“Se preocupó muchísimo: cómo vas, que esto, que lo otro, venga, vamos a hacerlo así, a ver si evitamos la ventosa, se preocupó mucho por mí” (xxε); “Me sacaron la pelota desde el primer momento, y en la pelota estuve mucho rato porque me sentía cómoda para empujar” (xxη).

Óptica desde la que la experiencia de las madres se convierte en el nudo gordiano que da sentido a todo el proceso del parto, en este sentido la atención va dirigida a aspectos que trascienden lo somático, para situarse en un plano multidimensional donde tanto la psicología, la cultura o la espiritualidad forman parte capital del centro existencial que da sentido a una experiencia vital muy íntima.

Interacciones que se producen en el marco de unas dinámicas asistenciales paradójicas, de unas formas de proceder que como apuntábamos se antojan dispares:

“Yo creo que no ayudan los suficiente, no veo ayuda por ejemplo para la lactancia materna, nosotros hemos pedido ayuda y no vienen y te ayudan, te ayudan más las personas no cualificadas, como celadores, que las altamente cualificadas (xxy); Todas las dudas que hemos tenido nos han dado alguna ayuda, tanto para el dolor de los pezones, como para colocarnos al bebé, aquí nos ayudan mucho” (xxθ).

En este sentido se dejan ver las diferentes doctrinas ideológicas que manejan los profesionales sanitarios sobre las funciones que implica la maternidad, y sobre el papel que la lactancia cobra en la asunción del papel de madres.

De manera que los roles parentales se construyen, en cierta medida, desde las praxis de rutina que se instauran entre las madres y sus bebés, realidad que emana a su vez de las variopintas perspectivas que muestran los profesionales en el proceso de vínculo materno-fetal (Hernández, Echevarría y Gomariz, 2016d).

Instaurándose, de esta manera, una especie de matriz de doble flujo entre las filosofías clínicas dominantes, sobre lo que significa asumir la maternidad, y las actitudes que muestran las madres como consecuencia del feedback que estas actitudes propician en sus comportamientos. Surgen así en el dialogo institucional, las incongruencias asistenciales, las diferentes redes clínicas que parecen hallarse en una continua pugna por la hegemonía/subalternidad.

Se materializan de esta manera las diferentes perspectivas, las heterogéneas visiones encarnadas en las actitudes y praxis de los variopintos profesionales. Se trata de auténticas hibridaciones asistenciales que dejan ver las características cardinales de las cosmovisiones en lid. De mestizajes entre las nociones productivistas y holistas, entre los abordajes tecnocráticos y los humanistas (Davis-Floyd, 2001). De modelos hospitalarios mixtos que muestran la lucha entre universos contrapuestos, entre dos formas de entender la clínica, en definitiva, entre redes clínicas en clave de cosificación o de reintegración social materna.

Tema que no es baladí, ya que de la proyección de esos universos conceptuales dependen las experiencias de maternidad que emergen en los paritorios cosmopolitas contemporáneos, dibujando todo un arco de posibilidades que va desde las visiones atomistas en clave de representación orgánica, hasta las construcciones humanistas fruto de un holismo asistencial que sitúa las perspectivas personalistas del “ser” como piedra angular del proceso.

CONCLUSIONES

Los rituales y experiencias maternas observadas en el paritorio del contexto del estudio hablan de redes clínicas híbridas, de culturas del nacimiento a medio camino entre el intervencionismo y la humanización asistencial. Es lo que en este trabajo se ha catalogado con el apelativo de «etnoobstetricias hospitalarias mixtas», y que reflejan los procesos de tránsito que se están produciendo, en los últimos años, en las redes clínicas de los partos institucionales. Se trata de praxis humanistas nómadas, de formas de transición que se implantan sobre la base de un paradigma tecnocrático, anclado, aún, en una serie de visiones biologicistas que tienden a cosificar a las madres.

En este sentido, las redes clínicas humanistas surgen como hechos sociales aislados sobre el mar de fondo de una lógica productivista en la que prima el control de tiempos y la biometría. En la que se da prevalencia a las pruebas de las analíticas y los monitores, mientras el holismo asistencial queda al libre albedrío de las distintas sensibilidades profesionales, al azar de las idiosincrasias de las diferentes ideologías en las que todavía reinan las redes clínicas en clave exclusivamente biológica.

Persisten a lo largo de todo el proceso asistencial una serie de representaciones biopolíticas, productivistas y posthumanistas que impregnan el rito de paso que constituye el hecho de ser madres, en el sentido de que, al margen de la introducción de nuevas pautas de actuación en clave humanista, el proceso sigue fuertemente impregnado de una tendencia a cosificar a las madres como sujeto-pasivo sobre el que intervenir, como

útero-gestante que ha de traer al mundo a sus bebés según los tiempos que marca la cadena de producción de niños. Parece, pues, que estas culturas hospitalarias híbridas no constituyen per se una humanización consolidada, sino más bien una pseudohumanización fútil que depende de la instauración esporádica de redes clínicas humanistas percibidas aún como formas de resistencia contrasistema.

Representadas como modelos obstétricos alternativos que transgreden el orden clínicamente establecido, al instaurar una especie de humanización intencional todavía sujeta a las desiguales filosofías de los profesionales. En este sentido aunque se abren camino toda una serie de rutinas clínicas humanistas, como la promoción de un entorno saludable, la protección de la intimidad, la no administración sistemática de oxitocina, o de rotura prematura de membranas, la aplicación de técnicas analgésicas no farmacológicas, el fomento de la libertad de movimiento materno durante el parto, la utilización de pelotas de goma y de posiciones alternativas a la hora de dar a luz, la no reanimación sistemática de los recién nacidos, o el fomento del vínculo materno-fetal a través de la instauración de la lactancia materna o el contacto piel con piel, éstas se dibujan todavía sobre una lógica asistencial que da prelación a la intervención y medicalización asistencial.

No estamos, pues, ante una realidad arraigada, sino más bien ante un primer paso hacia redes clínicas y cosmovisiones obstétricas en clave holística que resaltan sobre el fondo de una dinámica asistencial todavía intervencionista. Pese a ello, estas praxis humanistas sirven para desdramatizar, en parte, la dureza de un ritual medicalizado y taylorista. Sirven para resignificar a las madres en su estatus de sujeto social, disminuyendo la cosificación propia de las rutinas intervencionistas. Median, pues, en la instauración de nuevas interacciones simétricas desde las que se contemplan otras necesidades al margen de la biología, como las psíquicas o emocionales.

Surgen, así, formas de relación que superan el umbral de lo meramente técnico, implantándose experiencias significativas para las madres cuyo objetivo es respetar su dignidad. Se trata de formas de transición que reflejan las nuevas sensibilidades en clave natural introducidas en los últimos años en los procesos del parto, de redes clínicas que parten de la valía de los recursos naturales de las madres, y de sus propios procesos naturales. Redes que aún se encuentran en minoría, en tránsito, pero que representan las primeras escenificaciones clínicas humanistas desasidas de las clásicas rutinas asistenciales hegemónicas. En este sentido no hay que minusvalorar el valor de estos cambios, ya que parecen dibujar sutilmente el final de un paradigma asistencial del parto, de una etnoobstetricia hegemónica que se había ido construyendo durante la modernidad sobre la base de una especie de atomismo existencial dispuesto a sacrificar los trances existenciales de las madres.

De todo un armazón ideológico dispuesto a eliminar todo atisbo de subjetividad, toda pizca de emotividad vivencial en pro de la búsqueda de un utópico “riesgo cero”. Parece el comienzo del fin de una visión clínica que había convertido el control biotecnológico de la dimensión somática del parto en una especie de dorado institucional que garantizase la “producción” de individuos productivos y saludables. El ocaso de una representación que por primera vez encuentra serias resistencias en todos los frentes que hasta ahora habían garantizado su persistencia: el apoyo institucional, las cosmovisiones profesionales y las demandas de las propias madres.

REFERENCIAS

- Augé, M. (2009). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- Ballesteros, Joaquín. (2007). «Biotecnología, Biolítica y Posthumanismo», en Ballesteros, J. y Fernández, E. (coords.), *Biotecnología y Posthumanismo*: 21-46. Navarra: Aranzadi.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine, y Chelsa, Catherine A. 1997. «The social fabric of nursing knowledge». *The American Journal of nursing (AJN)* 97(7):16-17.
<https://doi.org/10.1097/00000446-199707000-00015>
- Campbell, Rona y Macfarlane, Alison (1987). *Where to be born?* Oxford: Nacional Perinatology Epidemiology Unit.
- Chalmers, Beverley; Mangiaterra, Viviana y Porter, Richard (2001). «WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course». *Birth* 28: 202-207.
<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Davis-Floyd, Robbie (2001). «The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth». *Int J Gynaecol Obstet* 75 (1) 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- DeWalt, Kathleen M. y DeWalt, Billie R. (2011). *Participant observation. A guide for fieldworkers*. Maryland: AltaMira Press.
- Donnison, Jean. (1977). *Midwives and medical men. A History of Inter-professional rivalries and women's rights*. London: Heinemann Educational Books, Ltd.
- Duden, Barbara (1993). *Disembodying Women. Perspectives on Pregnancy and the Unborn*. Harvard: Harvard University Press.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1978). *For Her Own Good: Two Centuries of the Experts' Advice to Women*. New York: Anchor Books.
- Foucault, Michael. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: Curso del Collège de France (1978-1979)*. Madrid: Ediciones Akal.
- Good, Byron J. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Habermans, Jürgen (2003). *The Future of Human Nature*. Cambridge: Polity Press.
- Haraway, Donna J. (1991). *Simians, Cyborgs, and Women: the Reinvention of Nature*. London: Routledge.
- Hernández, José Manuel. (2009). *La deshumanización de la maternidad. Eva expulsada del paraíso*. Murcia: Editorial Diego Marín.
- Hernández, José Manuel y Echevarría, Paloma (2014). «La parte negada del parto institucionalizado. Explorando sus bases antropológicas». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 69(2):327-348. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2014.02.004>
- Hernández, José Manuel y Echevarría, Paloma. (2015). «El parto hospitalario e intervencionista. Un rito de paso hacia la maternidad». *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana* 10(3):401-426. <https://doi.org/10.11156/aibr.100306>
- Hernández, José Manuel y Echevarría, Paloma. (2016a). «Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático». *RIS, Revista Internacional de Sociología* 74(1). <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Hernández, José Manuel y Echevarría, Paloma y Gomariz, María José. (2016b). «De reclusiones maternas y habitantes de los "no lugares". La gestión del acompañamiento paterno en el marco de los partos hospitalarios públicos». *Periferia. Revista de investigación y formación en Antropología* 21(2). <http://dx.doi.org/10.5565/rev/periferia.518>

Hernández, José Manuel; Echevarría, Paloma y Gomariz, María José. (2016c). «La catarsis de los cuerpos grávidos. Experiencias de dolor y sufrimiento en el habitus del parto medicalizado». *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* 71(2): 487-507.

<https://doi.org/10.3989/rdtp.2016.02.007>

Hernández, José Manuel; Echevarría, Paloma y Gomariz, María José. (2016d). «Construyendo los roles parentales en el seno de las dinámicas asistenciales institucionales». *Revista de Antropología Experimental* 16): 189-201.

Hernández, José Manuel; De Maya, Baldomero; García, Francisco José y Gomariz, María José. (2016e). «Los usos posthumanistas de la biotecnología: de la manipulación genética al cyborg». *Revista Nuevas Tendencias en Antropología* 7:213-228.

Hernández, José Manuel; Echevarría, Paloma y Gomariz, María José. (2017). «¿Némesis obstétrica o disminución del riesgo? A debate bioético del abordaje intervencionista en los partos de bajo riesgo». *Acta Bioethica* 23(1): 161-170.

Hernández, José Manuel. (2017). *El parto biotecnológico. Análisis antropológico de los rituales mayéuticos de la era posthumanista*. Granada: Editorial Círculo Rojo.

Hernández, José Manuel y de Maya, Baldomero. (2019). Culturas cosmopolitas do parto. Contrastando suas bases antropológicas desde uma perspectiva bioética. *Acta bioethica*, 25(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2019000200225>

Jordan, Brigitte (1993). *Birth in four cultures. A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Montreal: Eden Press Women's Publications.

Jorgensen, Danny L. (1989). *Participant Observation: A Methodology for human studies*. Thousand Oaks : SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781412985376>

Juan, M. (1991). «Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 53:29-51. <http://dx.doi.org/10.2307/40183575>

Kant, Immanuel. (1992). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Paris: Real Sociedad Económica Matritense de amigos de París

.Knibiehler, Yvonne y Fouque, Catherine. (1983). *Le femme et les médecins. Analyse Historique*. Paris: Hachette.

Kitzinger, Sheila. (1979). *Birth at home*. Oxford: Oxford University Press.

Kitzinger, Sheila. (2000). *Rediscovering Birth*. London: Printer & Martin Ltd.

Kitzinger, Sheila. (2004). *The new experience of childbirth*. London: Orion Books.

Kitzinger, Sheila. (2006). *Birth Crisis*. New York: Routledge.

Latour, Bruno. (1979). *Laboratory Life: The Social Construction of Scientific Facts*. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Lazarus, Ellen S. (1988). «Poor Women, poor outcomes: social class and reproductive health», en K, Michaelson (ed.), *Childbirth in America: Anthropology perspectives*: 39-54. South Hadley: Bergin and Garvey Publishers.

Legard, Robin; Keegan Jill y Ward, Kit. (2003). «In-depth Interviews», en J. Ritchie y J. Lewis, *Qualitative Research Practice. A guide for social sciences student and researcher*: 139-165. Thousand Oaks: SAGE Publications.

Martin, Emily. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.

Mauss, Marcel. (1966). *Sociologie et anthropologie*. Paris: PUF.

McClain, Carol. (1975). «Ethno—obstetrics in Ajiji». *Anthropological Quarterly* 48(1): 38-56.

<https://doi.org/10.2307/3316856>

- Ministerio de Sanidad y Consumo Español, MSC. (2007). Estrategia para la atención al parto normal. Madrid: MSC.
- Ministerio de Sanidad y Política Social Español, MSPS. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Madrid: MSPS.
- Odent, Michel. (1990). El bebé es un mamífero. Madrid: Mandala.
- Odent, Michel. (2001). La científicación del amor. Madrid: Editorial Creavida.
- Odent, Michel. (2011). El nacimiento en la era de plástico. Tenerife: Ob Stare.
- Olsen, Ole. (1997). «Meta-analysis of the safety of Home Birth». *Birth; Issues in perinatal care* 24(1):4-13. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.1997.tb00330.x>
- Pizzini, Franca (1989). «The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards». *Health Promotion* 4(1):1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/4.1.1>
- Raniso, Gianfranca (1998). Venire al mondo. Credenze, pratiche, rituali del parto. Roma: Meltemi.
- Rubin, Herbert J. y Rubin, Irene S. (2011). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Sandberg, John; Rytina, Steven; Delaunay, Valérie y Marra Adama S. (2012). «Social learning about levels of perinatal and infant mortality in Niakhar, Senegal». *Social Networks* 34(2):264-274. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2012.01.001>
- Scheper-Hughes, Nancy. (1993). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of Carolina Press.
- Stoller, Nancy. (1974). *Forced labor: maternity care in the United States*. Oxford: Pergamon studies in critical sociology.
- Sociedad Española de Obstetricia Y Ginecología, SEGO. (2008). Recomendaciones sobre la asistencia al parto normal. Madrid: SEGO.
- Taylor, Steven J. y Bogdan, Robert. (1984). *Introduction to qualitative research methods: the search for meaning*. Ann Arbor: University of Michigan.
- Tew, Marjorie. (1990). *Safer childbirth: a Critical History of Maternity Care*. New York: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2975-4>
- Tew, Marjorie. (1985). «Place of birth and perinatal mortality». *Br J Gen Pract* 35: 390-394.
- Wagner, Marsden. (2006). *Born in the USA: How a broken maternity system must be fixed to put women and children first*. Berkeley: University of California Press.
- World Health Organization, WHO. (1985). «Declaration of Fortaleza: appropriate technology for delivery». *Lancet* 2:436–437.
- World Health Organization, WHO. (1996). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO.